

Erste Vorstellung bei uns in der Praxis!

Bitte beantworten Sie uns im Vorbereitung auf Ihren ersten Besuch folgende Fragen. Die Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Namen und Geburtsdatum des Kindes: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Adresse: _____

Name der Mutter: _____ Beruf: _____

Vater: _____ Beruf: _____

Telefonnummer, unter der wir Sie am besten erreichen können: _____

e-mail-Adressen: _____ , _____

Gibt es eine besondere Familiensituation : (allein erziehend, schwere Erkrankung eines Familienmitgliedes, Umzug, Trennung, Tod, ...)

Geschwister: keine , Name, Alter, Besonderheiten

Familienerkrankungen? Wenn ja, wer ist betroffen?

Asthma _____ Neurodermitis _____ Diabetes _____

Allergien _____ erhöhtes Cholesterin _____

Erkrankungen Hüfte _____ Niere _____ Schilddrüse _____

Schwangerschaft und Geburt

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft? nein ja Wenn ja, welche?

Geburtsweg: spontan , Kaiserschnitt , Saugglocke , Schwangerschaftswoche: _____

Geburtsgewicht: _____g, Körperlänge: _____cm, Kopfumfang: _____cm

Gab es Komplikationen nach der Geburt? nein ja Wenn ja, welche (z.B. Gelbsucht)?

Werden/wurden Sie zu Hause von einer Hebamme betreut? Nein ja

Welche Milch bekommt Ihr Kind? Muttermilch: nein ja , Andere (Flaschen-) Milch: nein ja

Wie oft am Tag / Wieviel ml (bei Flaschenmilch)? _____

Vitamin D Medikament? Welches? _____

Haben Sie Fragen? Liegt Ihnen etwas auf dem Herzen?

Fragebogen ausgefüllt am: _____ von _____